



Ponderosa Pediatrics

Where Kids Come First

James M. Mick, MD ♦ Matthew Hinton, MD ♦ Ronael Eckman, MD
Lee Howard, CPNP ♦ Michelle Copeland, CPNP ♦ Jeanne Gibian, CPNP

Request and Authorization to Release Medical Records to Ponderosa Pediatrics, PLC

To: _____

Address: _____

Phone #: _____

(Please provide complete information or the records cannot be sent)

I hereby authorize the release of photocopies of:

- all* medical records to include immunization records.
- restricted* medical records in your possession, regarding the below-named patient, to the office of Ponderosa Pediatrics, PLC at the address below. Restricted medical records should include all confidential HIV related information (as defined in A.R.S. 36-661), confidential communicable disease related information (as defined in 42cfr2.1, et seq.), and confidential mental health diagnosis/treatment information.
- medical records as indicated _____

I understand that a photocopy of this authorization is considered acceptable in lieu of the original.

This information is requested in order to enable health care for the below-named patient, for whom I am a parent or legal guardian. This authorization will expire in 12 months from date of signature, and I reserve the right to revoke it in the interim by written request.

Patient Name and Date of Birth

Parent / Legal Representative / Guardian Signature & Date

Witness Signature & Date

Records prepared by: _____

Preparer's signature

Date



Ponderosa Pediatrics

Where Kids Come First

James M. Mick, MD ♦ Matthew Hinton, MD ♦ Ronael Eckman, MD
Lee Howard, CPNP ♦ Michelle Copeland, CPNP ♦ Jeanne Gibian, CPNP

Solicitud y autorización para divulgar registros médicos a Ponderosa Pediatrics, PLC

Enviar a: _____

Dirección: _____

Numero de Teléfono: _____

(Por favor provea información complete o los registros no se podrán mandar)

Por este medio autorizo la entrega de fotocopias de:

- Todos los registros médicos incluyendo registros de vacunación.
- Registros médicos restringidos en su posesión, en relación con el paciente por debajo del nombrado a Ponderosa Pediatrics, PLC a la dirección mencionada al pie de la pagina. Los registros médicos restringidos deben incluir toda la información confidencial relacionada con el VIH (como definido en A.R.S. 36-661), información confidencial relacionada con la enfermedad transmisible (como definido en 42cfr2.1, et seq.), al igual que información confidencial de salud mental, diagnóstico/tratamiento de la información.
- Expedientes médicos como se indica _____

Yo entiendo que una fotocopia de esta autorización se considera aceptable en lugar de la original.

Esta información es solicitada con el fin de permitir que la atención medica para el paciente por debajo nombrado, por los cuales yo soy el padre o tutor legal. Esta autorización se vencerá en 12 meses desde la fecha en cual fue firmada y reservo el derecho de revocarlo en el ínterin mediante una petición escrita.

Nombre del paciente, fecha de nacimiento

Padre / Tutor legal / Fecha

Firma de testigo / Fecha

Records prepared by: _____

Preparer's signature

Date